ARTIGO ORIGINAL

# Medicina brasileira transformada: relato de experiência

## *Brazilian medicine transformed: experience report*

Juliana Chaves[1], Larissa Soares[1], Letícia Baião[1], Luana Almeida[1], Luiza Carneiro[1], Luiza Peroni[1], Maria Cecília Nassif[1], Pedro Leal[1], Pedro Santos[1], Priscilla Delasalle[1], Shirley Almeida[2], Nathan Mendes Souza[1]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[2] Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Centro de Saúde Carlos Chagas. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### RESUMO

Persegue-se no Brasil uma transformação médica que aproxime docentes, discentes, profissionais de saúde lotados nos campos de ensino-aprendizagem-pesquisa do cuidado centrado nas pessoas, suas famílias e comunidade. Apresenta-se aqui o relato de experiência discente-docente-cuidadores de saúde em que se buscou integrar conhecimentos do ciclo básico com o ciclo clínico mediante desenvolvimento de habilidades sociais e comunicacionais e de competências para trabalhar território de saúde, determinantes sociais da saúde e abordagem familiar, no âmbito da atenção primária à saúde. Essa experiência propiciou diagnósticos aprofundados e intervenções sobre 10 famílias vulnerabilizadas além de aproximação entre graduação e pós-graduação e organização não governamental.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Medicina de Família e Comunidade.

### ABSTRACT

*A medical transformation is pursued in Brazil that brings teachers, students and health care professionals together, in the fields of teaching-learning-research, towards care centered on persons, their families and the community. We present here there port of student-teacher-health care professionals' experience where we sought to integrate basics cycle with clinical cycle through the development of social and communication skills and competencies to work on health territory, social determinants of health and family approach in Primary Healthcare setting. This experience provided in-depth diagnoses and interventions on 10 vulnerable families, and an approximation between undergraduate and postgraduate and non-governmental organization.*

*Keywords: Primary Health Care; Home Visit; Family Practice.*

## INTRODUÇÃO

A iniciação à atenção primária à saúde (IAPS) é um conjunto de disciplinas implementado recentemente no curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A IAPS possui diversas finalidades e importâncias acadêmicas. Contudo, ressaltam-se suas principais contribuições: construir conhecimento discente sobre o Sistema Unificado de Saúde (SUS) e como ele cuida de pessoas, famílias, comunidades e populações; propiciar primeiro contato e vivência profissional com a unidade básica de saúde (UBS) e atenção primária à saúde (APS) para que discentes possam, oportunamente, conhecer seu funcionamento e importância, enfatizando a potência

*Instituição:*
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Autor correspondente:*
Nathan M Souza
E-mail: NathanMendes@hotmail.com

de equipes interdisciplinares e ações intersetoriais, além de iniciar o desenvolvimento de competências culturais, sociais e comunicacionais entre alunos, profissionais de saúde e usuários no âmbito da APS.

Essa disciplina é realizada durante três períodos (IAPS I, II e III), porém o foco dessa análise será o IAPS II, de modo a relatar mais precisamente seus objetivos, os projetos realizados e o aprendizado proporcionado. Sendo assim, o propósito é que discentes desenvolvam os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor.

O cognitivo inclui compreender e aplicar os conceitos de territorialização, área de abrangência, abordagem familiar, ecomapa, genograma, índice de vulnerabilidade social (IVS) e determinantes sociais de saúde (DSS); conhecer conceitos de tipologias familiares, aspectos da violência e níveis de intervenções familiares; identificar os papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada indivíduo da mesma; e detectar os problemas e as necessidades da população.

O domínio afetivo visa desenvolver a medicina humanizada mediante comportamento com respeito, carinho, empatia e compreensão com os usuários, além do preparo para situações emotivas, que incluam violência, luto e uso abusivo de drogas.

Por fim, o domínio psicomotor inclui realizar, adequadamente, visitas domiciliares (VD) e a comunidade; demonstrar atitudes não verbais apropriadas: contato visual, expressão facial, postura, movimentos, posição e elementos vocais, tais como volume, entonação e velocidade de discurso; aprender a adaptar sua linguagem ao ambiente, contexto cultural e ao ciclo vital de cada pessoa e família.

É essencial elucidar com os alunos os conceitos da abordagem familiar que permite compreender e atuar sobre a família e suas disfuncionalidades, potencializando ações integrais de saúde aos seus membros; a territorialização inclui conhecer o território, junto com as condições sociais, econômicas e culturais, da população que pertence ao Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC); o genograma constitui uma representação gráfica demarcada por símbolos e códigos padronizados de três gerações de uma família. Em sua construção é preciso definir uma pessoa índice de referência para coletar dados das relações interpessoais familiares e geracionais de ascendência e descendência.[1] O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que avalia as redes sociais de apoio disponíveis e sua utilização pela família.[1] O IVS, indicador composto, expressa situações de exclusão e vulnerabilidade social e a multidimensionalidade da pobreza.[2] Por fim, os DSS remetem à análise as condições de vida e trabalho dos indivíduos e relacionam com sua situação de saúde.

A IAPS 2 objetiva preparar os alunos para a realização de VD, com ênfase no desenvolvimento de relações interpessoais que viabilizem o cuidado integral, longitudinal e culturalmente competente. A escolha por trabalhar com famílias vulnerabilizadas surgiu do interesse pelo Projeto ***"Família Cidadã, BH sem miséria"***, organizado e proposto pela prefeitura com a finalidade de: "*promover a inclusão das famílias mais vulneráveis e melhorar a sua condição de vida e de saúde, contribuindo para a promoção da cidadania. O grande desafio para esse projeto é garantir o acesso aos serviços de saúde para essas famílias socialmente mais vulneráveis e fortalecer o vínculo entre o serviço de saúde, os indivíduos e famílias, que é fundamental nesse processo*".[3] Como o CSCC não possui tal projeto, abordaram-se famílias com alto IVS e indicadas pelas agentes comunitárias de saúde e assistentes sociais do CSCC.

A preparação dos alunos para a realização dessas VDs inclui o estudo dos conceitos de abordagem familiar (via uso do genograma, ecomapa, escala de Coelho-Savassi, círculo familiar), tipologias familiares, ciclos vitais familiares, aspectos da violência familiar, resiliência familiar e níveis de intervenção familiar, território-vivo, área de abrangência, microárea, responsabilidade sanitária, desenvolvimento de atitude respeitosa na interação individual, familiar e comunitária, inclusive atitudes não verbais apropriadas (contato visual, expressão facial, gestos e posturas); desenvolvimento de habilidades sociais e comunicacionais. Por fim, a IAPS 2 objetiva planejar propostas de intervenção que possibilitem melhorias nas condições de vida dessas famílias, no serviço e na integração ensino-serviço-comunidade.

## MÉTODOS

Foram realizadas incursões a diversos pontos do território adstrito do CSCC, incluindo a Pastoral da Mulher, Associação de Profissionais do Sexo de Minas Gerais, Abrigo Maria Maria e a diversos pontos da rede de saúde. Em seguida, foram realizadas quatro VDs a cada uma das 10 famílias-chave em situação de vulnerabilidade social da área de abrangência do CSCC. Acompanhados pelo docente responsável, por uma agente comunitária de saúde (ACS) ou por duas

assistentes sociais, os discentes do terceiro período do curso de Medicina/UFMG realizaram as VDs em duplas, sendo que cada visita se deu em uma semana diferente, nem sempre consecutiva. Artigos científicos e textos-base pertinentes aos temas supracitados foram lidos e discutidos. O *software* "Álbum de Família" do NESCON foi utilizado na produção e compartilhamento dos genogramas das 10 famílias acompanhadas, ferramenta que junto com o Ecomapa é fundamental para abordagem familiar.

Fomentou-se a utilização do portal "Biblioteca Virtual em Saúde" para busca de evidências científicas, sobretudo de revisões sistemáticas da literatura sobre problemas e opções para enfrentá-los de acordo com as necessidades familiares encontradas nas VDs. Realizou-se, no CSCC, estudo prévio dos prontuários eletrônicos de cada membro das famílias visitadas pelas duplas de alunos, o que permitiu um conhecimento acerca de suas principais demandas e uso da APS. Quando necessário, realizaram-se entrevistas breves com profissionais de saúde do CSCC responsáveis pelo cuidado das 10 famílias vulnerabilizadas.

A IAPS II e as disciplinas de Bioquímica, Farmacologia, Parasitologia e Microbiologia elaboraram uma atividade integradora – esforço inédito de integrar conhecimentos e competências desejadas em todas as disciplinas do 3º período de Medicina. Essa atividade contou com a administração de questionário estruturado e aplicação de conteúdos ministrados em aula na prática das VDs às famílias-chave.

## RESULTADOS

O trabalho foi realizado com 10 famílias, N=29 indivíduos, com 2,9 indivíduos por residência, sendo 20 (69%) mulheres e nove (31%) homens com idade média de 49,6 anos – 13 (45%) idosos, nove (31%) adultos e sete (24%) crianças e adolescentes.

A visita domiciliar é uma prática antiga com atual resgate pela transformação das necessidades de saúde de populações refletidas nas novas políticas públicas orientadas ao incentivo a mais mobilidade dos profissionais de saúde.[4] A realização das VDs propiciou dados suficientes para a confecção de um genograma e ecomapa de cada família atendida e, em uma família, aplicou-se o APGAR familiar para mensurar o grau de disfunção das relações entre os seus membros. O uso do *software* "Álbum de Família" para elaboração do genograma e do ecomapa e o instrumento APGAR familiar garantiram profissionalismo na abordagem familiar e inclusão destes nos prontuários das pessoas.[5]

A construção e análise dos genogramas e ecomapas expuseram a complexidade e especificidades da configuração e funcionamento familiar.[6,7] Famílias têm peculiaridades que influenciam como seus membros interagem com o mundo. Essas ferramentas são úteis na clínica, pois fornecem dados da estrutura familiar, biomédicos e psicossociais (Figura 1).

Os principais desafios encontrados nas VDs foram as relações conflituosas, entraves no agendamento das VDs, insuficiente adesão às intervenções por alguns membros das famílias e incongruência das informações devido a versões diferentes relatadas por cada membro familiar. Foram abordados nas VDs idosos frágeis e adultos com isolamento social, depressão, tentativa de suicídio, automutilação, polifarmácia, dependência de drogas, resistência a adesão a grupos antitabagistas, deficiências físicas e dificuldades de locomoção.

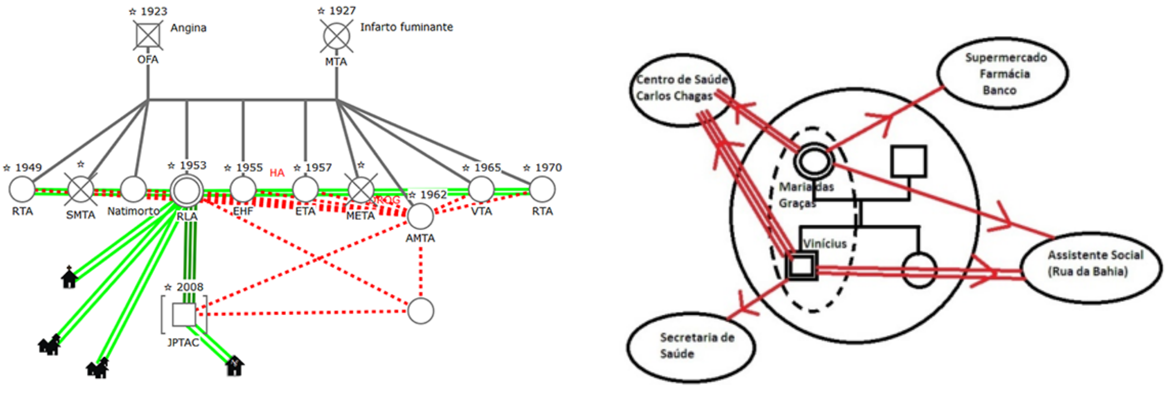


**Figura 1** - Exemplo de Genograma e Ecomapa realizados no IAPS.

Algumas intervenções foram propostas pelos estudantes e profissionais da saúde do CSCC às famílias visitadas, em resposta às principais demandas e necessidades identificadas via prontuários e VD. Ressalta-se o incentivo ao lazer, à sociabilização e à manutenção de atividades saudáveis diárias para contrapor o isolamento social; o incentivo à participação no grupo antitabagista do CSCC;[8] a abordagem da polifarmácia e construção de caixas de medicamentos; o fomento à reflexão sobre o "cuidado com o cuidador";[9] o compartilhamento e discussão de materiais educativos impressos sobre direitos do cadeirante; além de valorizar as VDs com entrega de flores e convite para lanches e conversas sobre temas diversificados. Das opções ofertadas, somente algumas foram implementadas e/ou mantidas de fato pelas famílias, o que afeta sua efetividade esperada.

## DISCUSSÃO

A IAPS II foi uma oportunidade acadêmica e profissional muito enriquecedora. Construiu-se uma base teórica robusta sobre temas e ferramentas que auxiliam a compreender o processo saúde-doença e abordar pessoas, famílias e comunidades. Aplicaram-se tais conceitos e ferramentas nas VDs, na interação com os profissionais de saúde do CSCC, na atividade integradora da IAPS 2 com as demais disciplinas do 3º período do curso de Medicina e no diálogo com o mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG e a Organização Não Governamental Instituto Pauline Reischstul (http://institutopauline.org/). Trabalhar com novos conceitos, profissionais, cenários de prática e instituições foi indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais, incluindo habilidades e atitudes sociais e comunicacionais.

A aplicação dos conceitos de tipologias familiares, ciclos vitais e redes sociais de apoio das famílias-chave permitiu verificar padrões de semelhança nos desafios identificados e nas intervenções propostas nas VDs. Simultaneamente, notaram-se especificidades de cada núcleo familiar visitado, cuja discussão com os profissionais de saúde e da assistência social propiciaram a construção de planos de cuidados singulares nas famílias. Os padrões gerais e alguma especificidade observada geraram subsídios para formulação de propostas aplicativas direcionadas ao conjunto das 10 famílias ou mesmo a uma microárea específica a ser executada na IAPS 3.

A análise de prontuários, as VDs e a construção de intervenções com os profissionais de saúde e da assistência social permitiram um aprofundamento conceitual e vivência real da aplicação dos atributos da APS. Assim, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural tornaram-se tangíveis aos discentes.

A construção e interpretação dos genograma, ecomapa e do APGAR familiar impactaram discentes, profissionais do CSCC e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os próprios membros das famílias-chave. Esse processo permitiu às famílias um ganho de compreensão da composição e funcionalidade de sua própria família e como pertencer a essa família impacta o processo saúde-doença individual e familiar. Explicitou ainda padrões de transmissão intergeracional de comportamentos (resposta desproporcional, conflituosa e ansiogênica aos fatores estressores da vida) e de doenças (diabetes *mellitus* tipo 2 em três gerações).[10] Tal realização proporcionou diálogo mais subsidiado com as famílias sobre promoção da saúde, promoção da cultura da paz, prevenção de doenças e detecção precoce de doenças crônico-degenerativas, além de provocações rumo a mudanças socioambientais necessárias para melhoria da infraestrutura e funcionamento do lar e melhoria das redes sociais de apoio familiar.

Os desafios comuns abordados nas famílias-chave são causas e consequências da tripla carga de doenças e transição epidemiológica vivida pelo Brasil. Compreender e atuar em prol do envelhecimento saudável das pessoas, famílias e comunidades qualificará a APS e fará sustentável o SUS. Deve-se fomentar o aumento da participação na comunidade em todos os ciclos vitais das pessoas e das famílias para mitigar o isolamento social. "A satisfação com a vida está negativamente ligada com a solidão. Pesquisas comprovaram que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente mais bem adaptadas e libertas de patologias".[11]

Os idosos visitados vivenciaram perdas contínuas e sentimentos de abatimento e tristeza que, associados ao isolamento social, causaram depressão[12]. Outro achado foi a negligência dos cuidadores de idosos dependentes com a sua própria saúde biopsicossocial. Assim, abordou-se tal desafio disponibilizando e discutindo com os cuidadores a cartilha "Cuidador de Idosos".[13]

## CONCLUSÃO

A implementação de estratégias educacionais inovadoras, integradoras, intersetoriais e socialmente relevantes guardam representativo potencial transformador da formação médica no Brasil. A utilização de desenvolvimento de habilidades e competências em abordagem familiar, territorialização, DSS e construção atitudinal para interação social e comunicacional culturalmente apropriada são convenientes na APS.

As VDs, associadas às discussões dos acadêmicos e de seu orientador e ao auxílio de textos-base, permitiram a confecção dos genogramas e ecomapas das 10 famílias trabalhadas. A produção desses materiais enriqueceu a formação médica, constituiu novos elementos para análise e abordagem familiar pela equipe do CSCC. Ademais, tais ações amplificaram o diálogo entre academia, serviço e o terceiro setor, propiciando ganhos para todos os envolvidos.

## REFERÊNCIAS


1. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):407-16.
2. Souza J. Atlas da vulnerabilidade social. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/ivs.
3. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Guia de acompanhamento para o SUS-BH: Família Cidadã, BH sem miséria. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: PBH; 2016.
4. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciênc Cuid Saúde. 2008; 7(2):241-7.
5. Diana PMC. Uso do genograma e Ecomapa como instrumentos de abordagem familiar: relato de experiência em cidade da região metropolitana de Belo Horizonte [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa; 2014.
6. Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. Rev Port Clín Geral. 2007. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em:https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4425.pdf.
7. Agostinho M. Ecomapa. Rev Port Clin Geral. 2007; 23(3): 327-30.
8. Araujo AJ, Menezes AM, Dorea AJ, Torres BS, Viegas CA, Silva CA, *et al*. Diretrizes para cessação do tabajismo. J Bras Pneumol. 2004;30(2):2-76.
9. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar - 2. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf.
10. Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília (DF): MS; 2016.
11. Melo L, Neto F. Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. Psic Educ Cult. 2003; 7(1): 107-21. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83061
12. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(8):2489.
13. Moraes EM, Lanna FM. Guia de Bolso de avaliação multidimensional do idoso, 5ª ed. Belo Horizonte: Folium; 2016.